UNIVERSITE PARIS – VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 1974

1975

INCIDENCES PSYCHOLOGIQUES DES OPERATIONS POUR STERILITE

T H E S E

p o u r

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

ANNE-MARIE LERICHE

née le 31 décembre 1948 à Charenton (Val de Marne)

présentée et soutenue publiquement le : 1975

Président : Monsieur le Professeur R. MERGER

UNIVERSITE PARIS – VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 1974

INCIDENCES PSYCHOLOGIQUES DES OPERATIONS POUR STERILITE

THESE

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

ANNE-MARIE LERICHE

née le 31 décembre 1948 à Charenton (Val de Marne)

présentée et soutenue publiquement le :

Président : Monsieur le Professeur R. MERGER

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

Président : Monsieur le Professeur BEAUMONT

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

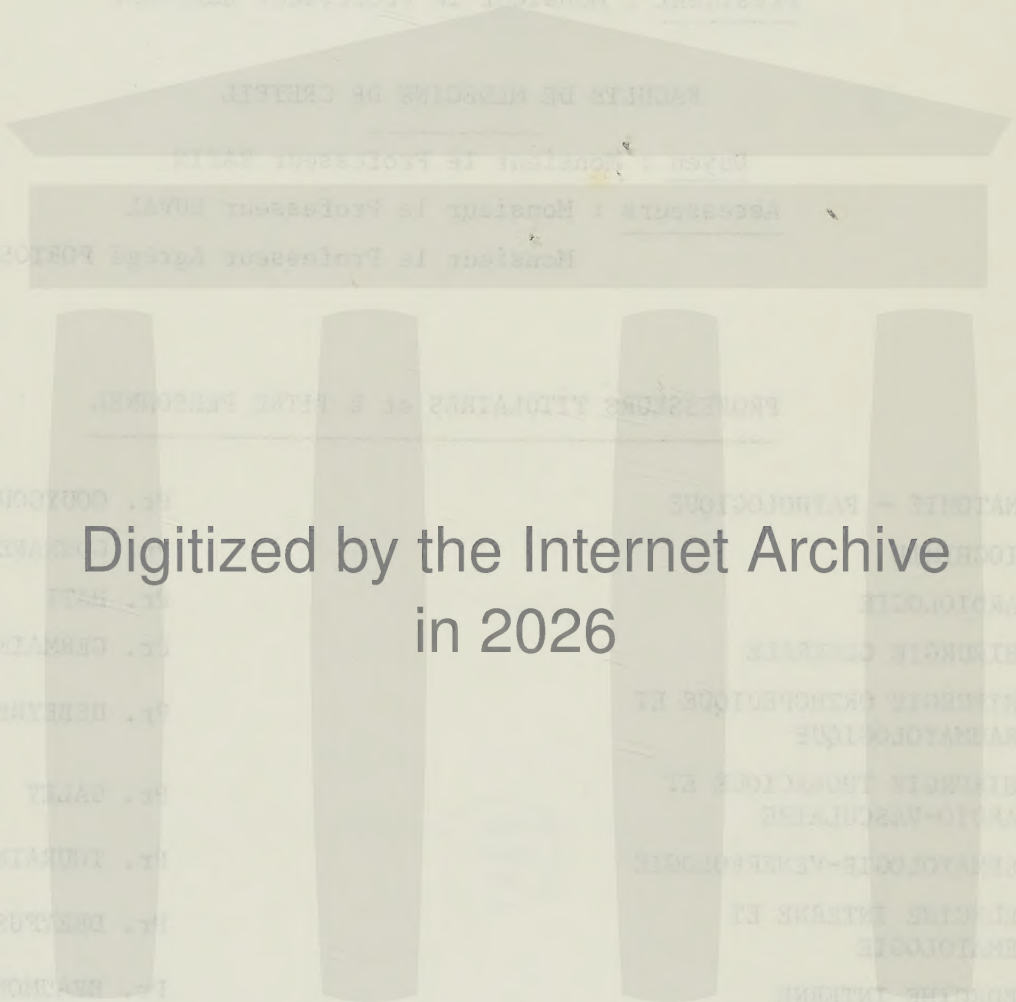
Doyen : Monsieur le Professeur RAPIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur DUVAL

Monsieur le Professeur Agrégé PORTOS

PROFESSEURS TITULAIRES et à TITRE PERSONNEL

ANATOMIE - PATHOLOGIQUE	Pr. GOUYGOU
BIOCHIMIE	Pr. GONNARD
CARDIOLOGIE	Pr. HATT
CHIRURGIE GENERALE	Pr. GERMAIN
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Pr. DEBEYRE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	Pr. GALEY
DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE	Pr. TOURAINE
MEDECINE INTERNE ET HEMATOLOGIE	Pr. DREYFUS
MEDECINE INTERNE	Pr. BEAUMONT
MEDECINE INTERNE	Pr. HAZARD
NEPHROLOGIE	Pr. LAGRUE
NEUROLOGIE	Pr. BARBIZET
PHYSIOLOGIE	Pr. LAURENT
PNEUMOLOGIE	Pr. CHRETIEN
RADIOLOGIE THERAPEUTIQUE	Pr. PIERQUIN
REANIMATION MEDICALE	Pr. RAPIN
RHUMATOLOGIE	Pr. VILLIAUMEY
UROLOGIE	Pr. AUVERT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548117_0028

PROFESSEURS SANS CHAIRES ET PROFESSEURS ASSOCIES

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pr. DUVAL
BIOCHIMIE	Pr. ROSA
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	Pr. BADER
HISTOLOGIE	Pr. CHEVREAU
PEDIATRIE	Pr. LEPERCQ
PSYCHIATRIE	Pr. BOURGUIGNON
RADIOLOGIE DIAGNOSTIC	Pr. FERRANE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

ANATOMIE	Pr. Ag. KENESI
ANATOMIE-PATHOLOGIQUE	Pr. Ag. PINAUDEAU
ANESTHESIOLOGIE	Pr. Ag. HUGUENARD
BIOCHIMIE	Pr. Ag. BOIGNE
BIOPHYSIQUE	Pr. Ag. GALLE
	Pr. Ag. HERSZBERG
	Pr. Ag. MORETTI
CARDIOLOGIE	Pr. Ag. ACAR
	Pr. Ag. VERNANT
CHIRURGIE GENERALE	Pr. Ag. JULIEN
	Pr. Ag. LATASTE
	Pr. Ag. MEILLIERE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Pr. Ag. BOMBART
CHIRURGIE PLASTIQUE	Pr. Ag. GRELLET
	Pr. Ag. BARUCH
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO VASCULAIRE	Pr. Ag. CACHERA
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Pr. Ag. GAUTRAY
HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Pr. Ag. SULTAN
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	Pr. Ag. BERTHELOT
	Pr. Ag. FOUET
	Pr. Ag. LE PARCO
	Pr. Ag. LE QUINTREC
	Pr. Ag. CATTAN
HISTOLOGIE	Pr. Ag. POIRIER

MALADIES INFECTIEUSES	Pr. Ag. LAFAIX
MEDECINE INTERNE	Pr. Ag. CACHIN
	Pr. Ag. PORTOS
	Pr. Ag. JACOTOT
MEDECINE INTERNE ENDOCRINOLOGIE	Pr. Ag. PERLEMUTER
MEDECINE INTERNE ET HEMATOLOGIE	Pr. Ag. ROCHANT
NEPHROLOGIE	Pr. Ag. WEIL
NEUROLOGIE	Pr. Ag. DEGOS
	Pr. Ag. GAUTIER
NEURO-CHIRURGIE	Pr. Ag. CARON
	Pr. Ag. HURTH
NEURO-RADIOLOGIE	Pr. Ag. DEBRUN
OPHTALMOLOGIE	Pr. Ag. COSCAS
PARASITOLOGIE	Pr. Ag. HOUIN
PEDIATRIE	Pr. Ag. BARBET
PHARMACOLOGIE	Pr. Ag. TILLEMENT
PHYSIOLOGIE	Pr. Ag. SEROUSSI
RADIOLOGIE DIAGNOSTIC	Pr. Ag. VALETTE
REANIMATION MEDICALE	Pr. Ag. LE GALL

A mes Parents

A mes Grand-mères

A mes Amis

A Monsieur le Professeur Robert MERGER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie Nationale de Médecine
qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

En témoignage de respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean COHEN

Ancien Chef de Clinique Gynécologique à la Faculté
qui m'a confié le sujet de cette thèse.

Je vous remercie de la gentillesse avec laquelle vous m'avez guidée et conseillée au cours de ce travail et de l'enseignement que vous m'avez prodigué.

A Madame le Docteur Jeanine HENRY SUCHET

Ancien Chef de Clinique Gynécologique et obstétricale
Membre de la Société française de Chirurgie

A Madame le Docteur Claudine BOURY HEYLER
Ancien Chef de Clinique Gynécologique à la Faculté

A Monsieur le Docteur MINTZ
Ancien Interne des Hôpitaux de la Région parisienne

A Monsieur le Docteur ROMAN
Chef de Service - Service de Gynécologie et obstétrique
au Centre hospitalier d'ANNECY

L'aide que vous avez apportée à la réalisation de ce travail a été précieuse.

Soyez assurés de ma sincère reconnaissance
et de mon dévouement.

A Monsieur le Docteur Pierre TRINQUECOSTE

Soyez assuré de ma profonde gratitude pour l'enseignement que vous m'avez prodigué et votre expérience que vous avez su me faire partager avec tant de gentillesse.

INCIDENCES PSYCHOLOGIQUES

DES OPERATIONS POUR STERILITE

PLAN

INTRODUCTION

CHAPITRE 1 : Résultat de la chirurgie tubaire

CHAPITRE 2 : Le désir de maternité

CHAPITRE 3 : Première enquête

I Matériel et méthode

II Résultats globaux

III Commentaires

IV Analyse

V Conclusion de la première enquête

CHAPITRE 4 : Enquête complémentaire

I Introduction

II Matériel et méthode

III Résultats

IV Commentaires

V Conclusion de la seconde enquête

CHAPITRE 5 :

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Devant l'importance que prennent actuellement les consultations gynécologiques motivées par des problèmes de stérilité et le nombre sans cesse croissant d'indications opératoires qui en découlent, il nous a paru important de nous poser le problème des conséquences psychologiques de ces interventions chirurgicales.

Car à côté des conséquences médicales directement gynécologiques ou obstétricales (Survenue de grossesses intra utérines, extra utérines, fausses couches) qui ont déjà été l'objet de travaux statistiques sur lesquels nous reviendrons, le chirurgien est en droit et en devoir de se demander quel a été, ou quel sera l'avenir des femmes opérées par ses soins, sur le plan psychologique, affectif et sexuel, tant au niveau individuel qu'au niveau du couple.
Car nul ne peut nier que l'acte chirurgical qui porte atteinte à l'intégrité de la personne, quel que soit l'objet de l'intervention et est susceptible d'éveiller les conflits les plus profondément refoulés, qu'une telle intervention donc, quand elle concerne les organes génitaux et tous les "Tabous" qui s'y rattachent, puisse entraîner des troubles affectifs et sexuels dont l'importance est à priori difficile à prévoir.
Les résonnances psychologiques d'une telle intervention sont d'autant plus complexes qu'elle concerne de surcroit la maternité, fonction souvent ressentie par la femme comme essentielle.

CHAPITRE PREMIER
RESULTATS DE LA CHIRURGIE TUBAIRE

Dans un premier temps à notre exposé, il convient de rappeler les résultats de la chirurgie tubaire restauratrice (chirurgie qui concerne 95 % des femmes interrogées par notre enquête).

En 1968, Messieurs les Docteurs R. Palmer, J. Cohen et C. Rouquette ont organisé une étude statistique rétrospective sur les résultats de la chirurgie tubaire restauratrice dans la stérilité.
Cette étude a été réalisée grâce à la collaboration de 22 chirurgiens et analysée avec l'aide de Madame F. Doujon, statisticienne à l'INSERN.
Les dossiers étudiés portaient sur 293 interventions sur trompe unique et 413 interventions identiques sur les deux trompes, chacune datant de moins de deux ans (l'erreur statistique introduite par cette limitation est faible car en effet 50 % des grossesses ont débuté au cours de la première année qui a suivie l'opération).

Parmi les femmes opérées sur trompe unique :

- 16,3 % ont eu une ou plusieurs grossesses intra utérines,
- 8 % ont eu une ou plusieurs grossesses extra utérines,
- 2 femmes ont eu les deux types de grossesses.

Les facteurs pronostiques que constituent l'âge de l'intervention et le type de stérilité ont été confirmés :

Le pourcentage de femmes ayant une grossesse post opératoire diminue avec l'âge et il est plus faible en cas de stérilité primaire (ces deux facteurs étant par ailleurs liés). Il faut donc tenir compte de ceux-ci dans l'établissement du pronostic.

D'autre part les femmes qui ont eu dans leurs antécédents une ou plusieurs grossesses extra utérines semblent prédisposées à une récidive.

Les résultats sont particulièrement décevants en cas de tuberculose antérieure; notion bien connue; (17 % de grossesses intra utérines, 18 % d'extra utérines après intervention) et lorsque la tuberculose est une découverte de l'histologie en post opératoire, il n'y a aucune grossesse intra utérine.
Le taux de grossesse dépend aussi du type d'intervention mais celui-ci est fonction des indications et notamment de la gravité des cas.

Parmi les femmes ayant subi la même intervention sur les deux trompes :
Sur 413 femmes :

- 26,8 % ont eu une ou plusieurs grossesses utérines,
- 7,7 % ont eu une ou plusieurs grossesses extra utérines,
- 9 femmes ont eu les deux types de grossesse.

La morbidité post opératoire (hydrosalpeux, salpingite, phlébite etc..) a touché 6 % des femmes (identique dans les 2 groupes).

Le taux de réintervention paraissant lié à la salpingoplastie a été de 7 %.
Ainsi le chirurgien doit tenir compte de nombreuses données cliniques, coelioscopiques avant de décider d'une intervention. Mais ce travail a montré que l'évaluation rétrospective des facteurs de succès et d'échec de la chirurgie tubaire est très difficile à établir.

Cette enquête, la première réalisée à grande échelle, a conduit ses auteurs à s'interroger sur la validité de la chirurgie tubaire et sur le plan technique à chercher avant toute décision opératoire, à déterminer les "bons cas".

Mais à côté des données cliniques ne faut-il pas faire intervenir parmi les critères du choix l'investissement psychologique du couple dans cette opération et ses conséquences en cas d'échec ?

CHAPITRE SECOND

LE DESIR DE MATERNITE

Le chirurgien est donc en droit de s'interroger.
Mais la femme dont l'origine tubaire de la stérilité a été reconnue et qui souhaite ardemment avoir des enfants, se pose, elle, peu de problèmes.

Le plus souvent, elle désire être opérée pour tenter sa chance, si infime soit-elle.
Sur ce désir de maternité, moteur de la démarche de la patiente et justification de tous les sacrifices qu'elle est prête à accepter, de nombreuses analyses ont été faites.

Michel Soulé dans un article de la "Gazette médicale" consacrée à la stérilité étudie bien ce problème en mettant l'accent sur la fréquence de la maternité non prévue.
(44 % des naissances dans une maternité de Genève), l'enfant n'étant alors qu'ultérieurement l'objet d'investissements affectifs multiples, conscients ou inconscients. "Seuls ceux qui sont stériles se trouvent confrontés aux vrais problèmes psychologiques" avant même de savoir s'ils parviendront à engendrer.

Pour certaines femmes la maternité est la réalisation essentielle de leur féminité.
On peut se demander pourquoi ce désir de maternité est si important :
qu'est-ce que cela signifie pour l'âme féminine si on dépasse la notion d'instinct ?

Le Docteur W. Pasini dans un rapport sur le désir de grossesse en gynécologie psychomatique, témoigne de son expérience :

"On peut demander aux femmes pourquoi elles désirent un enfant".
"J'ai interrogé des personnes qui tout en demandant la contraception ou une interruption de grossesse pensaient avoir un enfant par la suite.

J'ai aussi posé la question à des adolescentes et aux femmes stériles qui demandaient une adoption. Vous serez surpris, mais presque toujours les réponses ont été superficielles et stéréotypées" :
"On désire un enfant parce que c'est normal d'avoir un enfant, parce qu'on aime les enfants et les familles nombreuses..."

Parfois la réflexion est un peu plus élaborée dans le sens où les gens se rendent compte qu'ils veulent reproduire une situation familiale vécue, avoir quelqu'un à aimer pour éviter la solitude, pour réharmoniser un ménage chancelant, pour projeter sur l'enfant ses ambitions.

"La grossesse et surtout l'enfant peuvent aussi devenir un symbole de puissance à exhiber, surtout dans certaines cultures qui valorisent la maternité comme la réalisation féminine essentielle". Ailleurs, enfin, le plaisir sexuel est vécu comme stérile, est égoïste et ne peut être assumé s'il n'y a pas en même temps l'éventualité d'une grossesse qui justifie et permet l'acte sexuel.

Au total, le désir de maternité s'articule à divers niveaux :

- Culturel, quand la maternité est un critère de valeur,
- Social, quand la cellule familiale est le fondement même de la société -
de l'ambition personnelle pour recevoir et perpétuer l'acquis - sexuel pour justifier et permettre l'acte sexuel et surtout; au niveau de l'inconscient comme le note Michel Soulé :
"l'enfant intervient dans la lutte des adultes contre l'angoisse et la mort.

Il favorise la réassurance des adultes quant à leur propre valeur grâce au pouvoir que confère à ceux à qui il appartient un être démuni, dépendant et confiant."

"Il est le signe de l'accession de ses parents à la qualité d'adultes génitalisés, identifiés à leurs propres parents, personnages psychologiquement investis, quelle que soit la réalité de puissance magique et redoutable. Or, cette accession, cette identification, sont l'objet de désirs très précoces de l'enfant, désirs qui transparaissent dans les jeux de la poupée, du papa et de la maman, du docteur, qui habitent les fantasmes et les rêves et peuvent être vécus avec beaucoup de culpabilité".

Aussi faut-il admettre avec Karen Horney que "ce qui pousse au mariage n'est ni plus ni moins l'espoir d'y trouver l'accomplissement de tous nos désirs de la situation oedipienne infantile, désir d'être une épouse et de donner des enfants" et que ce désir d'enfant, selon une théorie freudienne représente d'une part l'héritage principal de la plus forte relation d'objet instinctuelle de la petite fille, c'est à dire : la mère, sous la forme d'un renversement de la relation enfant-mère originelle; d'autre part c'est aussi le principal héritage de l'envie élémentaire et précoce de penis."

Aussi la maternité est-elle un élément fondamental dans l'acceptation de sa sexualité par la femme qui enfante : "La femme qui, surtout dans notre civilisation vit son sexe et sa conformation anatomique comme inférieure, trouve dans la grossesse et dans la mise au monde de l'enfant, puis dans l'enfant lui-même, une valorisation qui lui permet de réaménager sans trop de dommage le manque qu'elle avait subi jusqu'alors.

La stérilité quand elle lui est infligée lui apparait comme une résurgence de l'angoisse de castration".

Mais en pratique, seuls les couples stériles se trouvent vraiment confrontés à ces problèmes psychologiques.

La nécessité alors d'entreprendre des démarches longues et lassantes, de suivre des traitements reportés de mois en mois et pire encore d'accepter une atteinte à l'intégrité corporelle par des interventions chirurgicales qui n'apportent même pas de garantie de réussite, oblige l'homme et la femme à analyser leur désir d'avoir un enfant et la place véritable que celui-ci tient au sein du couple et de leur vie sexuelle.

En ce sens, la chirurgie pour stérilité intervient directement dans la vie du couple, dans son avenir, dans son existence même.

Aussi, le chirurgien connaissant les pourcentages de grossesses utérines obtenues après intervention, mais aussi les risques de grossesses extra utérines, est-il en droit de se demander quelles conséquences psychologiques découleront de cette opération, certes, s'il y a réussite et naissance d'un enfant, mais surtout s'il y a échec.

Car le but de la chirurgie pour stérilité n'est pas de mutiler. Le résultat attendu n'est pas la réussite de l'acte opératoire en soi ni de ses suites immédiates.

Contrairement à l'acte chirurgical habituel, curateur en soi, la chirurgie pour stérilité est un pari pour le chirurgien, un investissement affectif, un espoir pour la femme et le couple.

Aussi ce face à face, couple-médecin est un rapport privilégié où chacun possède des données qu'il ne peut pas vraiment partager.

Le chirurgien connait seul les possibilités réparatrices que lui ont révélées les examens et la coelioscopie en particulier, et l'unique partage possible est le pourcentage de chances de grossesse ultérieure qu'il évalue d'après son expérience et qu'il communique à la femme.

La femme et le couple qui affirme son désir de descendance ne parle pas de ses motivations profondes, de l'enjeu que représente cet enfant pour l'existence du couple : Toutes données le plus souvent d'ailleurs mal ou non objectivées.

Et dans cette confrontation où le couple fait confiance à priori, à celui qui va lui redonner espoir, comment, cette femme et cet homme perçoivent-ils comprennent-ils les chances exactes du pari qui leur est proposé ?

Si le chirurgien était plus pessimiste accepteraient-ils encore l'opération ?

Et s'il y a échec : quels regrets seront mis à jour ?

Quelles conséquences pour l'entente d'un couple qui a déjà consenti tant de sacrifices ?

CHAPITRE TROISIEME

PREMIERE ENQUETE

I MATERIEL ET METHODE

Le questionnaire suivant a été envoyé à 120 femmes opérées pour stérilité à l'hôpital Saint Antoine ou par Monsieur le Docteur J. Cohen à la clinique Marignan, dans les 4 années qui viennent de s'écouler.

Il s'agissait de stérilité d'origine tubaire ou utérine (cures de malformations).

Sur 120 femmes interrogées, 61 ont répondu.

QUESTIONNAIRE

1° A quel pourcentage avez-vous évalué vos chances de grossesses avant l'intervention chirurgicale pour stérilité ?

bis- Si ce pourcentage avait été inférieur de moitié, vous seriez-vous quand même fait opérer ?

ter- L'avis de votre mari a-t-il été déterminant dans votre choix ?

2° Regrettez-vous de vous être fait opérer ?

bis- Dans l'ensemble, considérez-vous que cette intervention a été bénéfique ?

ter- La recommenceriez-vous ?

3° Avez-vous subi une nouvelle intervention chirurgicale depuis votre opération de stérilité ?

bis- Si oui : pour quelle raison ?

ter- Quelle a été, alors votre réaction ?

4° Etes-vous devenue enceinte depuis l'opération pour stérilité ?

bis- Si oui : comment s'est terminée la grossesse ?

ter- Si non : y a-t-il une raison supplémentaire de stérilité ?
(stérilité du mari, ou séparation etc...)

5° Estimez-vous que l'intervention chirurgicale a modifié votre vie de couple ?

bis- Si oui, dans quel sens ?

6° Quel a été l'avis de votre mari avant l'intervention ?

bis- avant
ter- pendant
quat. après

7° Quelles suggestions feriez-vous concernant les suites de l'intervention ?

FACULTATIF :

Nom :
Prénom :

A RETOURNER A :

RESULTATS GLOBAUX

Question N° 1 : A quel pourcentage avez-vous évalué vos chances de grossesse avant l'intervention ?

Estimation	nb de réponses (sur 61)	Pourcentage
à plus de 50 %	14	22,9 %
50 %	10	16,4 %
à moins de 50 %	34	55,7 %
	dont 23 les estimaient inférieures à 10 %	
Ne savaient pas	3 Mais se seraient fait opérer si les chances avaient été inférieures.	4,9 %

Question N° 1 bis

Se seraient fait opérer si le pourcentage avait été inférieur :

Opinion	nombre de réponses	Pourcentage
OUI	56	91,8 %
NON	5	8,2 %

Question N° 1 ter

L'avis de votre mari a-t-il été déterminant dans votre choix ?

	nombre de réponses	Pourcentage
OUI	32	52,46 %
NON	29	47,5 %

Question N° 2

Regrettez-vous de vous être fait opérer ?

	nombre de réponses	Pourcentage
OUI	4	6,5 %
NON	57	93,5 %

Question N° 2 bis

Dans l'ensemble considérez-vous que cette opération a été bénéfique ?

	nombre de réponses	Pourcentage
OUI	40	65,6 %
NON	18	29,5 %
Ne savent pas	3	4,9 %

Question N° 2 ter

La recommenceriez-vous ?

	nombre de réponses	Pourcentage
OUI	44	72,1 %
NON	17 dont 3 pour des raisons de santé.	27,9 %

Question N° 3

Avez-vous subi une nouvelle intervention chirurgicale depuis votre opération pour stérilité ?

	Nombre de réponses	Pourcentage
OUI	5	8,2 %

Question N° 3 bis POUR QUELLE RAISON ?

Nouvelle plastie tubaire : 4 cas

Grossesse extra utérine : 1 cas

Question N° 3 ter

Quelle a été alors votre réaction ?

Réaction	Espoir	Résignation	Dépression
	2	2	Lors de la G. E. U.

Question N° 4

Etes-vous devenue enceinte depuis l'opération pour stérilité ?

	Nb de réponses	Pourcentage
OUI	13	21,3 %

Question N° 4 bis

Si oui, comment s'est terminée la grossesse ?

	nombre	Pourcentage	observations
GEU	1	1,6 %	
fausses couches	3	4,9 %	dont 1 pour anomalie chromosomique.
enfant	9	14,7 %	

Question N° 4 ter

Si non, y a-t-il une raison supplémentaire de stérilité ?

Hypofertilité : 8 cas

Divorce : 2 cas

Question N° 5

Estimez-vous que l'intervention chirurgicale a modifié votre vie de couple ?

	nombre de réponses	Pourcentage
OUI	28	45,9 %
NON	32	52,5 %
Célibataire	1	

Question N° 5 bis

Si oui, dans quel sens ?

	nb réponses	Pourcentage	Observations
Mauvais sens	10	16,4 %	dont 2 divorces
Bon sens	18 à 20	22,8 %	
Adoption	2		
Sans avis	31	50,8 %	

Question N° 6

Quel a été l'avis de votre mari avant l'intervention ?

	nombre de réponses	Pourcentage
Encourageant	47	77,1 %
Neutre	10	16,34 %
Défavorable	4	6,55 %

La question N° 7 sera développée dans les commentaires

II COMMENTAIRES

1) PARTICIPATION

Sur 120 questionnaires envoyés, 61 réponses nous sont revenues.

Ce pourcentage de participation nous a paru satisfaisant.

2) Question numéro 1

Près de 75 % des femmes considéraient leurs chances de grossesse comme égales ou inférieures à 50 %.

Ce résultat est important car il prouve que dans l'ensemble, les patientes ne se leurrent pas sur l'efficacité de l'opération. Trois d'entre elles d'ailleurs, notent que bien que le chirurgien les ait prévenues d'une chance pratiquement inexistante de réussite, elles n'étaient pas arrivées à croire au pourcentage qui leur était offert et restaient persuadées d'une chance plus élevée.

Abondant dans le même sens; les réponses à la question suivante :
92 % de femmes se seraient fait opérées si les chances de réussite avaient été inférieures.

3) Question numéro 2

Malgré le faible taux de réussite et le sacrifice d'une opération sans résultat dans la plupart des cas :
93 % des femmes ne regrettent pas leur opération. Donc, l'acte de se faire opérer est porteur en soi d'une signification même coupé d'un résultat. Les réponses aux questions suivantes éclaireront ce fait :
Ainsi, certaines femmes jugent que dans l'ensemble, l'opération n'a pas été bénéfique, mais elles ne regrettent pas l'intervention.

Il ne s'agit pas de confusion dans leurs esprits, mais bien plutôt l'expression que la décision opératoire a été prise et, a posteriori, est en-

core considérée comme un acte NECESSAIRE en dehors même de tout bénéfice concret qu'elles pourraient en attendre.

A la question : La recommenceriez-vous ?
73 % ont répondu oui : Ainsi s'affirme encore plus la détermination des femmes de lutter jusqu'au bout contre leur stérilité.

4) Question numéro 4

Le pourcentage de grossesse après opération pour stérilité de 21,3 % est comparable à celui obtenu dans la statistique de 1968 précitée, compte tenu du fait que 8 femmes sur 61 évoquent un spermogramme anormal et que le nombre de femmes interrogées est nettement inférieur donc moins représentatif.

5) Question numéro 5 et bis

46 % des femmes estiment que l'opération a modifié leur vie du couple :

Soit : - 16,4 % dans un sens défavorable
- 33 % dans un sens favorable.

Parmi les explications données par les patientes qui considèrent que l'opération a été néfaste pour leur couple, il faut noter :

- Une discorde dans la décision opératoire ou un manque de compréhension du traitement par le conjoint dans 7 cas sur 10.
- Une hypofertilité masculine associée dans 3 cas sur 10.
- Des problèmes d'entente sexuelle et affective au cours du traitement et en particulier au moment des rapports à dates conseillées.

D'autres femmes notent :

- "fatigue et état dépressif par perte de confiance en elle",
- Pour le couple "le traumatisme insurmontable du manque d'enfant",
- Une réaction de haine contre un partenaire incompréhensif,

- 2 procédures de divorce

nb. Le pourcentage de chance de grossesse estimé avant l'opération n'entre pas en ligne de compte.

Parmi les précisions données par les patientes qui considèrent que l'opération subie a plutôt été bénéfique pour le couple.

On note :

- 19 fois sur 20, il s'agit de femmes ayant estimé leurs chances de grossesses avant l'intervention égales ou inférieures à 50 %.
  Ceci est très important par rapport au pourcentage global des réponses.

- Dans tous les cas, l'avis du conjoint avant l'intervention, avait été favorable et confiant.

- 1 cas (sur 120 réponses) d'hypofertilité, et il s'agit du couple ayant opté pour l'adoption.

- 2 cas d'adoption.

- 6 grossesses intra utérines.

- Les réponses les moins développées viennent des femmes ayant eu une grossesse intra utérine :

  "Meilleur équilibre, plus grand bonheur",

  "Une personne de plus à chérir",

  "Meilleure harmonie du couple",

  "Un sens à notre vie".

Celles qui, malgré l'absence de grossesse utérine jusqu'à ce jour, estiment que l'opération a modifié favorablement leur vie de couple, répondent :

"L'opération, par la possibilité d'une grossesse nous a rendu l'espoir et une grande tranquillité".

"Cette épreuve nous a rapprochés, nous sommes plus détendus, nous nous aimons mieux".

"Nous sommes satisfaits d'avoir tout tenté".

"Mon mari a admiré ma détermination, et notre vie sexuelle est plus épanouie".

"De ces difficultés, une meilleure compréhension mutuelle est née".

Au total trois idées sont à dégager :

1 - Les couples veulent tout tenter pour ne rien regretter.

2 - L'épreuve commune rapproche les couples et leur permet de mieux s'aimer.

3 - L'espoir d'une grossesse, aussi minime soit-il, est fondamental à l'équilibre du couple.

6) Quant à la question numéro 7

1/3 des femmes ont répondu et tous les commentaires se ressemblent, ils concernent essentiellement les consultations gynécologiques.

Les patientes réclament une plus ample information quant aux traitements subis, aux chances exactes de grossesse offertes par les opérations envisagées.

Elles demandent aussi des consultations plus fréquentes surtout en post-opératoire et une participation plus active du mari afin que celui-ci se sente concerné effectivement et comprenne ainsi les traitements suivis par sa conjointe.

Certaines patientes suggèrent aussi une série d'entretiens avec un psychologue "chez les femmes dépressives et mal équilibrées chez qui les opérations ont été des échecs".

Enfin trois patientes se proposent pour "n'importe quel traitement expérimental", susceptible de les rendre fécondes.

III ANALYSE

Les résultats obtenus au cours de cette enquête nous conduisent à certaines conclusions.

1) Tout d'abord, la grande majorité des femmes interrogées, 93 % ne regrettent pas leur opération; fait fondamental pour le chirurgien si l'on considère le pourcentage de grossesses obtenues. Par ailleurs, toutes les femmes qui regrettent leur opération estimaient au départ à plus de 50 % leurs chances de grossesse.

2) Près de la moitié des femmes estiment que l'intervention a modifié leur vie de couple.

   Pour les couples chez qui est survenue une naissance, les réponses sont partagées à peu près équitablement entre :
   - pas de modification,
   - modification favorable,

   et dans ce dernier cas, les raisons invoquées ne touchent jamais l'équilibre sexuel du couple, mais "l'apport d'un sens à la vie", "un nouvel être à chérir".

Par contre, parmi les couples chez qui l'opération n'a pas abouti, les réponses à la question numéro 5 ont été peu développés et les problèmes sexuels soulevés comme si l'existence même du couple était remise en question par l'absence de cette continuité que représente l'enfant.

En effet, comme l'écrit Michel Soulé :

"La stérilité ne comporte pas de problème qui lui soit absolument propre et ne fait que raviver ou révéler des angoisses qui concernent le fait même de procréer".

Ces angoisses existent au niveau de tous les couples, mais le problème de la stérilité les met en relief.

Ainsi chez certaines femmes le désir obsessionnel d'un enfant, vécu comme une nécessité absolue pour le couple, entraîne une perturbation profonde de leur vie sexuelle, et ce, d'autant plus si le conjoint ne souhaite pas, objectivement ou non, cette naissance. (par exemple en ne participant pas aux traitements suivis, voire en s'y montrant franchement hostile).

Ainsi, là où la naissance plus ou moins volontaire mais vécue comme "NATURELLE" aurait étouffé ces conflits, la stérilité, en obligeant les deux conjoints à s'engager et à démontrer leur détermination mutuelle, les met à jour ou les exacerbe. (à noter : 2 cas de divorce).

D'autres couples, deux fois plus nombreux, notent au contraire depuis l'opération une vie sexuelle plus détendue, un rapprochement plus grand entre mari et femme dû aux épreuves décidées et vécues ensemble et à l'espoir qui en découle.

Ce nouvel équilibre peut être mis sur le compte d'une possibilité de fertilité pour la femme, de la perte du "complexe de stérilité" comme le dit l'une d'entre elles, et surtout sur le compte d'une nouvelle maturité acquise par la patiente qui DEMANDE à se faire traiter et PARTICIPER ACTIVEMENT à son traitement, allant ainsi dans le sens de la CREATION au même titre que l'enfantement qu'elle désire.

Car si classiquement la société confère à la femme un rôle passif, l'idéal "d'efficience" étant un idéal typiquement masculin, la maternité est pour elle le seul moyen de réaliser sa féminité.

Ainsi la femme désire toutes les chances qui peuvent lui être offertes, même les plus difficiles, non seulement pour la possibilité, même minime de grossesse utérine, mais aussi pour avoir un rôle actif au sein du couple dans la "quête" de maternité.

IV CONCLUSION

Quelles conclusions pratiques le chirurgien peut-il tirer de cette enquête ?

- Il faut insister tout d'abord sur le fort pourcentage de femmes ne regrettant pas l'opération même si aucune naissance n'est survenue.

- Toute opération qui autorise une chance de grossesse, aussi minime soit-elle, aide la femme à lutter contre son angoisse de la stérilité perçue comme sanction définitive.

  Car il persiste toujours "chez toute femme même non stérile", comme le dit W. Pasini, "un désir de maintenir la capacité potentielle de procréer même si ce désir n'est jamais réalisé".

  Redonner l'espoir d'une grossesse même si ce n'est qu'un espoir, n'est pas négligeable.

- Il ne faut pas perdre de vue que l'enquête ne porte que sur les 4 ans maximum qui ont suivis l'opération et que l'avenir du couple à long terme reste inconnu.

- Parmi les femmes estimant que l'opération a modifié favorablement leur vie de couple, 19 sur 20 n'avaient pas surestimé leurs chances de réussite et tous les conjoints avaient été favorables à l'opération.

Il est donc très important de bien informer la patiente de ses chances afin, qu'elle ne soit pas profondément déçue par un échec. Par ailleurs la prise du mari au sein du couple, doit être bien précisée, au besoin en demandant à celui-ci d'être présent à certaines consultations.

La position défavorable ou son désintérêt serait, d'après cette enquête un élément négatif pour l'avenir sexuel et affectif du couple.

Une opération pour stérilité engage sûrement l'avenir des deux conjoints.

Quelles motivations les poussent respectivement à accepter l'acte chirurgical ?

- La demande est-elle bilatérale ?

- l'enfant est-il un moyen indispensable pour la sauvegarde du couple ?

Autant de questions fondamentales qui devraient être posées avant l'intervention.

Mais à qui revient cette investigation ?

Est-ce au chirurgien lui-même ou à une équipe de psychologues attachés au service et formée à ces problèmes ?

CHAPITRE QUATRIEME

ENQUETE COMPLEMENTAIRE AUPRES DES FEMMES AYANT PRESENTE UNE GROSSESSE EXTRA UTERINE APRES LEUR OPERATION.

I INTRODUCTION

Parmi les femmes qui ont répondu à notre première enquête, une seule avait présenter une grossesse extra utérine après son intervention.

Dans le cadre d'un rapport sur le comportement psychologique et affectif des femmes opérées pour stérilité, la survenue d'une grossesse ectopique nous a paru une circonstance dramatique très importante et qui concernait directement notre sujet.

Car si la femme, qui a accepté de se faire opérer pour augmenter ses chances de grossesse, attend avec espoir un retard de règles, quelle signification prend pour elle une grossesse qui non seulement ne peut pas aboutir, mais qui plus est, l'oblige à une nouvelle intervention, voire à une mutilation ?

Et quel dilemme pour le chirurgien qui intervient :

- Faut-il sauver la trompe concernée à tout prix en sachant que l'on accroit le risque de grossesse extra utérine ?

- Quelle attitude adopter face à une trompe unique ?

- Faut-il demander l'avis de la femme avant la coelioscopie pour suspicion de grossesse extra utérine, et celle-ci est-elle alors en mesure d'apprécier réellement les risques ultérieurs de récidive.

- Et d'une façon générale faut-il entretenir toute femme opérée pour stérilité du risque de grossesse ectopique ?

II RESULTATS DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE AU COURS DE LA GROSSESSE EXTRA UTERINE

Dans un rapport de Madame Matuchensky et R. Palmer paru en mai 1972 et concernant les résultats de la chirurgie conservatrice au cours de la grossesse extra utérine et portant sur une proportion importante de femmes suivies pour stérilité, sont notés à distance, les résultats suivants :

- 20 % de grossesses intra utérines
- 16 % de récidive de grossesses extra utérines
- Et les autres concluent que la fréquence des récidives commande de réserver ce type de chirurgie aux femmes suivies pour stérilité qui n'ont qu'une seule trompe ou dont la trompe contr-latérale n'est pas parfaite.

Ainsi le chirurgien se trouve-t-il confronté à de graves problèmes de conscience et, c'est afin de connaître l'opinion des femmes elles-mêmes, leurs reproches et leurs regrets, que nous avons envoyé un deuxième questionnaire aux patientes qui ont présenté une grossesse extra utérine après opération pour stérilité dans les quatre dernières années.

III MATERIEL ET METHODE

Nous avons envoyé le questionnaire ci-joint à des femmes opérées à l'Hôpital SAINT-ANTOINE, service de Mr le P. MERGER ou à l'Hôpital de la SALPETRIERE dans le service de Mr le Professeur HUGUIER, ainsi qu'à des patientes de Messieurs les Docteurs J. COHEN, ROMAN, MINTZ, J. HEURYSUCHET, C. BOURIHEYLER.

Nous avons envoyé 27 questionnaires mais malheureusement nous n'avons reçu que 9 réponses.

QUESTIONNAIRE

1) Lors de la découverte de votre grossesse extra utérine,saviez-vous exactement ce qu'était une grossesse extra utérine ?

bis- Avez-vous été surprise par le diagnostic ?

ter- Cet accident vous a-t-il fait regretter l'opération que vous aviez subie pour stérilité ?

2) Connaissiez-vous le risque de la grossesse extra utérine auquel vous exposait l'opération pour stérilité que vous aviez subie ?

bis- En aviez-vous discuté avec votre médecin ?

ter- Sinon, pensez-vous qu'une plus ample information à ce sujet aurait été nécessaire et bénéfique ?

qua- Maintenant en connaissant ce risque, accepteriez-vous toujours l'opération pour stérilité ?

3) Savez-vous si lors de votre opération pour grossesse extra utérine, la trompe qui supportait cette grossesse a pu être conservée pour vous laisser le maximum de chances d'être de nouveau enceinte ?

bis- Si oui, pensez-vous que le chirurgien a eu raison ?

4) Pensez-vous qu'un risque accru de faire une nouvelle grossesse extra utérine vaut la peine d'être tenté si, en échange, vous pouvez garder l'espoir d'avoir une grossesse normale ?

- Votre mari a-t-il le même avis que vous ?
- Pensez-vous que ce risque vaut la peine d'être tenté si l'espoir d'une grossesse normale est inférieur à 10 % ?

5) Si vous faisiez une deuxième grossesse extra utérine, souhaiteriez-vous encore que le chirurgien fasse le maximum pour sauver la trompe concernée en sachant que le risque de récidive sera encore accru ?

6) La crainte d'une nouvelle grossesse extra utérine a-t-elle modifié votre vie de couple ?

- Est-elle un handicap dans votre vie sexuelle ?
- A-t-elle modéré votre choix de maternité ?

7) Avez-vous déjà été enceinte avant votre opération pour stérilité ?

- Cette grossesse s'était-elle terminée par :

  - La naissance d'un enfant vivant ?
  - Une fausse couche spontanée ?
  - Une fausse couche volontaire ?

Dans le cas d'une fausse couche volontaire, pensez-vous que la fausse couche a été en relation avec votre stérilité ?

Si oui, quels commentaires en faites-vous ?

IV RESULTATS GLOBAUX

Question n° 1 Lors de la découverte de votre grossesse extra utérine, saviez-vous exactement ce qu'était une grossesse extra-utérine ?

Réponse	nombre de réponses
OUI	4
NON	5

Question n° 1 bis Avez-vous été surpris par le diagnostic ?

Réponse	nombre de réponses
OUI	5
NON	4

Question n° 1 ter Cet accident vous a-t-il fait regretter l'opération que vous aviez subie pour stérilité ?

Réponse	nombre de réponses
NON	9
OUI	0

Question n° 2 Connaissiez-vous le risque de grossesse extra utérine auquel vous exposait l'opération pour stérilité que vous avez subie ?

Réponse	nombre de réponses
OUI	6
NON	3

Question n° 2 bis En aviez-vous discuté avec votre médecin ?

Réponse	nombre de réponses
OUI	5
NON	4

Question n° 2 ter Si non pensez-vous qu'une plus ample information à ce sujet aurait été nécessaire et bénéfique ?

Réponse	nombre de réponses
OUI	5
NON	4

Question n° 2 qua Maintenant en connaissant ce risque accepteriez-vous voujours l'opération pour stérilité ?

Réponse	nombre de réponses
OUI	8
NON	0
Indécise	1

Question n° 3 Savez-vous si lors de votre opération, la trompe qui supportait la grossesse ectopique a pu être conservée pour vous laisser le maximum de chance d'être de nouveau enceinte ?

Réponse	nombre de réponses
Trompe supprimée	3
Conservée	6

Question n° 3 bis Si oui, pensez-vous que le chirurgien a eu raison ?

Réponse	nombre de réponses
OUI	6
OUI ?	3

Question n° 4 Pensez-vous qu'un risque accru de faire une nouvelle grossesse extra utérine vaut la peine d'être tentée si en échange, vous pouvez garder l'espoir d'avoir une grossesse normale ?

Réponse	nombre de réponses
OUI	9
NON	0

Question n° 4 bis Votre mari a-t-il le même avis que vous ?

Réponse	nombre de réponses
OUI	9
NON	0

Question n° 4 ter Pensez-vous que ce risque vaut la peine d'être tenté si l'espoir d'une grossesse normale est inférieur à 10 % ?

Réponse	nombre de réponses
OUI	6
NON	3

Question n° 5 Si vous faisiez une deuxième grossesse extra utérine, souhaiteriez-vous encore que le chirurgien fasse le maximum pour sauver la trompe concernée en sachant que le risque de récidive sera encore accru ?

Réponse	nombre de réponses
OUI	5
NON	3
Indécise	1

Question n° 6 La crainte d'une nouvelle grossesse extra utérine a-t-elle modifié votre vie de couple ?

- Est-elle un handicap dans votre vie sexuelle ?

- A-t-elle modéré votre désir de maternité ?

Réponse	nombre de réponses Aux trois questions
NON	9

Question n° 7 Avez-vous déjà été enceinte avant votre opération pour stérilité ?

Réponse	nombre de réponses
OUI	4
NON	5
Naissance	2
FC spontanée	0
FC volontaire	2

Pensez-vous que la fausse couche volontaire ait été en relation avec votre stérilité ?

Dans les 2 cas : OUI

Si oui, quels commentaires ? : Sans commentaire

III COMMENTAIRES

Question n° 1 et 1 bis

Les réponses ne permettent aucune conclusion, les pourcentages de "oui" et de "non" étant équivalents.

Il faut noter cependant que parmi les quatre femmes qui savaient ce qu'est une grossesse extra utérine, 2 sont infirmières.

Question n° 1 ter

Aucune patiente n'a regretté son opération pour stérilité lors de la grossesse ectopique. (1'une d'elles note un regret passager juste après 1'épisode).

Ce fait est fondamental pour le chirurgien. Il prouve que les femmes qui acceptent 1'intervention sont vraiment déterminées à 1'assumer entièrement, jusque dans ses conséquences les plus graves, et ne la "subissent" pas, au sens littéral du terme.

Questions n° 2 et 2 bis

Aucune conclusion ne peut être tirée des pourcentages en présence :
6 oui contre 3 non.

Mais ces réponses offrent quand même matière à réflexion :
Les chirurgiens, qui ont suivi et opéré ces femmes, sont, dans 1'ensemble, persuadés de toujours prévenir celles-ci du risque de grossesse extra utérine.

Un exemple intéressant se trouve parmi nos réponses :

La patiente d'un des chirurgiens concerné par notre enquête, affirme n'avoir pas connu le risque de grossesse ectopique et ne pas en avoir discuté avec son médecin, alors que celui-ci dans ce cas précis, proteste vigoureusement.

Trois questions viennent à l'esprit :

- La femme n'a-t-elle pas bien compris le questionnaire ?

ou bien

- L'allusion au risque de grossesse extra utérine faite par le chirurgien a-t-elle été interprétée de façon erronée par la femme, voire, oubliée par elle, peut-être pour ne retenir que le côté positif de l'opération : l'espoir d'une grossesse intra utérine ?

ou encore

- Les explications étaient-elles trop techniques ou insuffisamment développées ?

Autant de questions que l'on est en droit de se poser pour toutes les femmes ayant répondu par la négative.

Dans l'introduction a été soulevée la question de l'opportunité d'un entretien avec la patiente sur le risque de grossesse ectopique que comporte toute opération pour stérilité.

A la question 2 ter, concernant ce problème :

- 5 femmes auraient désiré un complément d'information,
- 4 n'en n'ont pas éprouvé le besoin dont 3 savaient ce qu'est une grossesse extra utérine.

Au total, une seule des neuf patientes ne juge pas nécessaire, a posteriori, un complément d'information alors qu'elle ne connaissait pas le risque encourru.

En dehors même du problème psychologique immédiat, le fait qu'une femme consciente du risque de nidation ectopique et en connaissant les symptomes, puisse venir ainsi consulter précocement et rendre possible, de cette façon, une chirurgie conservatrice, ce fait donc dessert les intérêts obstétricaux de la femme qui désire un enfant.

D'ailleurs, toutes les femmes interrogées (sauf une indécise) ont répondu que, tout en connaissant ce risque, elles accepteraient encore l'opération pour stérilité.

Aux questions 3 et 3 bis,

les avis vont de l'affirmative à l'interrogation pour celles qui n'estiment pas avoir toutes les données permettant de juger la décision opératoire.

Questions 4 et 4 bis

Toutes les femmes pensent qu'un risque accru de grossesse extra utérine vaut la peine d'être tenté. Mais 3 patientes sur 9 jugent qu'une chance de grossesse normale inférieure à 10 % ne vaut pas la peine d'être tentée.

Ainsi le chirurgien, affranchi par la confiance de ses patientes, n'a pas toute licence cependant pour conserver jusqu'à la dernière limite une trompe qui n'offre qu'une chance infime de grossesse. Il a le devoir de tenir compte du choix de la femme. Mais celles-ci peuvent-elles choisir objectivement ?

Doit-on leur poser ce problème avant toute survenue de grossesse extra utérine ?

Doit-on, au contraire, attendre qu'elles soient dans l'angoisse qui précède la coelioscopie ?

Les réponses à la question n° 6 sont unanimes :

Les grossesses ectopiques n'ont eu aucun ralentissement sur la vie des couples.

Si on compare ce résultat à celui obtenu au cours de la première enquête, où, près de la moitié des femmes notaient une modification dans leurs vies conjugales; on peut admettre comme explication que le drame d'une grossesse extra utérine dépasse les problèmes de la vie quotidienne en se posant comme un danger de mort, de survenue brutale et qui rassemble, instinctivement, pour lutter contre l'énergie fondamentale du couple en tant qu'unité.

Une autre explication pourrait être le désintérêt momentané de la femme pour les problèmes conjugaux afin de concentrer toute sa force de volonté et toute son attention pour lutter contre cette nouvelle épreuve du sort.

Mais ce ne sont que des suggestions car aucun commentaire n'a été fait par les patientes.

Quant à la question n° 7, seules 2 femmes avaient fait des avortements provoqués avant l'opération pour stérilité; toutes deux font un rapprochement de cause à effet mais sans aucun développement.

IV CONCLUSION

Quelles conclusions peut-on tirer de ce deuxième questionnaire ?

Tout d'abord, il nous faut déplorer la faible participation à l'enquête qui lui retire sa valeur statistique et nous interdit toute conclusion formelle.

Cependant, certaines idées sont à dégager.

Réinsistons sur le fait que, parmi toutes les femmes qui ont répondu aucune n'a regretté son opération pour stérilité, après sa grossesse ectopique.

Toutes pensent qu'un risque accru vaut la peine d'être tenté, si en échange elles peuvent garder l'espoir d'une grossesse normale.

Mais, si cet espoir est infime, les avis sont partagés. C'est donc au chirurgien d'agir en conscience lorsqu'il est amené à réintervenir.

Mais la connaissance du couple, ne peut lui être apporté que par des entretiens fréquents et approfondis.

Car contrairement à la première enquête, dans laquelle certaines femmes souhaitaient l'aide d'un psychologue, c'est à dire d'une tierce personne, qui les auraient aidées à supporter et à comprendre les traitements proposés et les motivations de leurs propres demandes, les patientes qui, après s'être fait opérer pour stérilité se trouvent confrontées au drame d'une grossesse ectopique les obligeant de nouveau à faire un choix encore plus difficile que la première fois, ces femmes, donc ne veulent plus l'intermédiaire.

Le dialogue chirurgien-malade, devient fondamental afin que le rapport de confiance indispensable à une réussite tant physique que psychologique de l'opération puisse s'établir.

Aucune des patientes n'a critiqué l'attitude du chirurgien. Chacune a fait confiance. Aussi, la survenue d'une grossesse extra utérine après opération pour stérilité, représente-t-elle le cas le plus frappant où la relation chirurgien-patiente joue un rôle irremplaçable.

CONCLUSIONS

Au cours des deux enquêtes effectuées, nous nous étions fixé pour but d'analyser les conséquences psychologiques et sexuelles des opérations pour stérilité.

Dans un premier temps, nous avons interrogé des patientes ayant subi au moins une intervention (tubaire ou utérine) et dans un second temps des femmes qui après une première intervention ont fait une grossesse extra-utérine. Des réponses qui nous sont revenues, certaines conclusions importantes sont à dégager.

Tout d'abord, la grande majorité des femmes ne regrettent pas leur opérations malgré l'absence de grossesse voire la survenue de complications (93 % dans la première enquête, 100 % dans la seconde).

Ainsi la chance même infime d'une maternité qu'elles attendent de la chirurgie justifie à leurs yeux le préjudice opératoire voire même le risque d'une grossesse extra-utérine.

Mais parmi celles qui au cours de la première enquête ont exprimé des regrets, la majorité avait surestimé les chances de grossesses apportées par l'intervention.

De même le conjoint joue un rôle très important par son accord et sa participation à la décision opératoire.

L'amélioration post-opératoire affective et sexuelle semble directement en rapport avec une bonne entente préalable du couple qui vit en harmonie depuis le désir de procréation jusqu'à l'échec, voire la grossesse extra-utérine en passant par la décision opératoire; comme cela a été le cas dans la presque totalité des femmes qui ont découvert une amélioration de leurs vies conjugales à la suite de l'intervention.

Dans l'ensemble les patientes auraient désiré une plus ample information sur la chirurgie qu'elles allaient subir et ses conséquences mêmes les plus dramatiques telle une grossesse extra-utérine, ainsi que sur les pourcentages exactes de chance d'une grossesse normale.

Cette demande nous semble justifiée dans la mesure où

1° les patientes ayant surestimé les possibilités de réussite de l'intervention sont celles chez qui s'exprime le plus grand nombre de conséquences psychologiques et conjugales fâcheuses,

2° malgré la survenue d'une grossesse extra-utérine, aucune femme dans la deuxième enquête n'a regretté l'opération.

3° si lors d'une grossesse ectopique, la plupart des femmes font largement confiance au chirurgien afin que celui-ci fasse le maximum pour préserver la trompe concernée, certaines refusent l'opération conservatrice si les chances offertes à la suite d'une grossesse utérine sont inférieures à 10 %.

Il est donc souhaitable à tout point de vue que le chirurgien ait plusieurs entretiens avec la femme et si possible avec le conjoint afin d'analyser les motivations du couple qui demande une opération pour stérilité, de les prévenir des risques encourus et pourcentage exact de chances d'une grossesse utérine offertes par l'intervention et enfin d'apprécier les critères psychologiques qui interviennent en cas de grossesse extra-utérine dans la décision d'une opération conservatrice ou non.

BIBLIOGRAPHIE

- BERTRAND (P) — Enquête sur les problèmes psychologiques dans un service de gynécologie et obstétrique
  Rev. Fr. Gynécol. Obstr. 66 : 443-51 ju. juill. 71

- BALINT — Le médecin, son malade et la maladie
  Payot 1957

- COLDEFY (J.M.) — Psychologie appliquée à la chirurgie
  Flammarion 1963

- DEUTSCH Hélène — La psychologie des femmes
  PUF 1949

- HORNEY KAREN — La psychologie de la femme
  Payot 1971

- MICHEL-WOLFROMM (H) — Gynécologie psychosomatique
  Masson 1964

  Cette chose là
  Grasset 1970

- PASINI (W) — Le désir de grossesse
  Médecine et hygiène 22 septembre 1971 (Genève) - 1393-1397

- ROCHE (A.M) — Introduction à la gynécologie psychosomatique
  Thèse de psychologie 1972 - PARIS

- SOULE (M) NOEL (J) — Les problèmes psychologiques de la stérilité et ceux de l'adoption
  Gazette médicale - (Fr) - 1 nov. 1970 - 77 - n° 28 - 6057-6066

Vu : le président de thèse :

Monsieur le Professeur R. MERGER